

УДК 376 – 056.24:159.922.760

Ілляшенко Т.Д.

ДІТИ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ У ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНІЙ КОНСУЛЬТАЦІЇ

Серед контингенту дітей, які відвідують психолого-медико-педагогічну консультацію (ПМПК), значна частина має більш чи менш виражені порушення (девіації) поведінки.

Усвідомлення актуальності проблеми порушень у поведінці дітей, які користуються послугами ПМПК, зумовило введення у її штат психолога – консультанта з девіантної поведінки. Тимчасом його діяльність не отримала необхідного теоретичного обґрунтування та відповідного методичного забезпечення і залишається мало конкретизованою. Саме спробі окреслити специфіку контингенту дітей з девіантною поведінкою, які звертаються до ПМПК, методи їх психолого-педагогічного вивчення у консультації та її вклад у надання їм корекційної допомоги присвячена ця стаття.

Насамперед, постає питання про виокремлення дітей, девіації у поведінці яких входять у компетенцію ПМПК, з-поміж тих, чия девіантна (а часто і делінквентна та адиктивна) поведінка є поза її компетенцією і становить предмет опіки інших органів.

На нашу думку, визначальною особливістю девіантної поведінки дітей, обстежуваних у консультації, є, в одних випадках, її біологічна зумовленість, а отже така, що може розглядатися як дизонтогенез, хворобливий прояв і потребує не тільки психолого-педагогічного, а часто і медичного корекційного втручання, в інших – вона виступає як супутній чи вторинний розлад у дітей з порушенням психофізичного розвитку у зв'язку з умовами навчання і виховання, що не відповідають їхнім потребам, та негативними факторами соціального середовища.

Звісно, що межа між означеною категорією дітей та всіма іншими, більш чи менш виражені поведінкові девіації яких не розглядаються як пов'язані з психофізичними порушеннями, є досить розмитою. Справді, часто-густо до

ПМПК приходять діти, у яких психофізичні порушення не виявляються, а їхні стійкі труднощі у навчанні та поведінці зумовлені несприятливими соціальними та педагогічними факторами. Натомість у дітей підліткового віку і старших, яких розглядають як здорових правопорушників, можуть залишатися невиявленими у більш ранньому дитинстві ті чи інші порушення психофізичного розвитку чи межові стани, первинні у довгому ланцюгу взаємообумовлених причин формування соціальної дезадаптації. На користь цього свідчить той факт, що серед підлітків, які здійснили правопорушення, 80% мають акцентуації характеру, в той час як серед загальної кількості школярів акцентуантів близько 40%. [4] Отже, не кориговані акцентуації протягом навчання і розвитку дитини у дошкільному і молодшому шкільному віці обертаються серйозними розладами соціальної адаптації, коли діти досягають підліткового віку

На користь участі у девіаціях поведінки психофізичних порушень розвитку дитини свідчить ранній їх прояв (дошкільний і молодший шкільний вік) або їх вторинність відносно порушень пізнавальних функцій, сенсорних, опорно-рухових і т. ін.

Серед дітей з поведінковими розладами, які проходять обстеження у ПМПК, можна виокремити дві групи.

Першу, значно меншу групу, складають діти, у яких порушення поведінки є основною причиною звернення до консультації. Найчастіше доводиться констатувати гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ) різного ступеню тяжкості і з великим розмаїттям симптомів, що проявляється і в заявлених скаргах. Здебільшого це надмірна рухливість, імпульсивність, що призводить до порушення дисципліни в класі. Значно рідше надходять скарги на заняття дитини сторонніми справами на уроці та під час виконання домашніх завдань, нездатність послідовно діяти та доводити справу до завершення. Зазвичай на зауваження у зв'язку з «неорганізованістю» такі діти відповідають роздратуванням, а то й агресією. Ці прояви ГРДУ, у яких на перший план виступають розлади саморегуляції діяльності, а не надмірна рухова активність, у багатьох випадках залишаються не ідентифікованими. Тимчасом не коригований ГРДУ несе багато

загроз щодо подальшої дезадаптації дитини.

Часто поведінкові розлади, які виступають основними скаргами під час звернення до консультації, супроводжують затримку психічного розвитку (ЗПР) і є ознаками емоційно-вольової незрілості дитини, яка проявляється бурхливими реакціями, здебільшого неадекватними обставинам, що викликають фрустрацію. Слід зазначити, що поведінкові розлади не зрідка існують паралельно з розладами пізнавальної діяльності у дітей із ЗПР особливо церебрально-органічного генезу й у зверненні до консультації виступають як провідні.

Дуже складними є порушення поведінки дітей, зумовлені окремими акцентуаціями характеру, особливо збудливого типу, що з раннього дитинства проявляється в труднощах регуляції поведінки загальноприйнятими нормами, в нестримності потягів і агресивності [3]. Коли на консультацію звертаються підлітки, то доводиться говорити про уже сформовані ознаки психопатії, які крім психолого-педагогічного потребують і медичного втручання.

Часто ПМПК доводиться мати справу з дітьми, поведінкові розлади яких зумовлені педагогічною занедбаністю, а саме – сформованістю в асоціальному середовищі, насамперед, сім'ї, а то й вулиці, неприйнятних зразків поведінки. Здебільшого такі діти демонструють цілком достатній інтелектуальний розвиток для успішного навчання, але відсутність знань через не сформованість навчальної мотивації, негативне ставлення до навчання і школи в цілому.

Отже, визначальною ознакою дітей, віднесених до першої групи, є розлади поведінки, що стають причиною звернення до ПМПК. Звичайно, це ніякою мірою не виключає наявності супутніх розладів, зокрема, пізнавальної діяльності, які виявляються у ході психолого-педагогічного обстеження дитини.

Другу, значно численнішу, групу становлять діти із вторинними розладами поведінки щодо розладів пізнавальної діяльності, порушень опорно-рухового апарату, сенсорних порушень, які є основними причинами звернення до ПМПК, у той час як поведінкові проблеми залишаються прихованими чи такими, що на перший погляд сприймаються як другорядні. У дітей з порушеннями пізнавальної діяльності часто труднощі в поведінці, які поступово нарастають на тлі

хронічного невстигання, відіграють вирішальну роль у зверненні до консультації, оскільки вони створюють значно більше проблем для педагогів і батьків, ніж давні труднощі у навчанні. Серед таких вторинних поведінкових розладів чи не найпоширенішими є прояви агресії, а також схожі за походженням стани, відомі в літературі як уникання невдачі [2], синдром хронічної неуспішності і відмова від діяльності у молодшому шкільному віці і як їх продовження і поглиблення у підлітковому віці – тотальний регрес і психологічна інкапсуляція, коли пасивна реакція на неуспішність навчання поширюється на усі види діяльності, спілкування, набуває негативних рис особистості [1]. В усіх цих станах спільна першопричина, а саме – неуспішність навчання, фізичні, сенсорні недоліки та ставлення до них оточення, що веде до усвідомлення дитиною своєї меншовартості і розвитку захисних реакцій. В залежності від індивідуальних особливостей одні діти на негативні оцінки однокласників, педагогів, батьків відповідають агресією, часом – демонстрацією себе як «відчайдушного хулігана». Інші, здебільшого більш астеничні діти, щоб уникнути звичної уже невдачі, відмовляються працювати на уроці, виконувати домашні завдання, поринають у фантазування і чимдалі відгороджуються від спілкування і будь-якої діяльності. При цьому їхні пізнавальні можливості часто бувають значно вищими від реальних успіхів у навчанні, яке може ускладнюватися не різко вираженими, але такими, що перешкоджають успішному навчанню, розладами окремих пізнавальних функцій: мовленнєвого розвитку, іншими труднощами формування шкільних навичок. Як правило, у таких дітей виявляється високий рівень тривожності і низька самооцінка, що без відповідного втручання загрожує серйозними деформаціями особистості.

Описані первинні і вторинні розлади поведінки дітей, які приходять до ПМПК, можуть мати подібні прояви, в той час як витoki їх різні і вони потребують різної психолого-педагогічної тактики для їх подолання. Наприклад, напади агресії у дитини з акцентуацією характеру збудливого типу й у дитини з агресивними реакціями на неуспішне навчання зовні можуть бути схожими. Так само схожою є поведінка дитини в одному випадку із розладами саморегуляції, в

іншому – з реакцією відмови від діяльності через її неуспішність і зниження самооцінки. Проте усі ці випадки порушення поведінки дітей потребують різного педагогічного (а часом і медичного) втручання.

Далі зупинимося на основному предметі обговорення у цій статті – участі ПМПК, яка склалася протягом тривалого часу, у розв’язанні проблеми девіантної поведінки дітей, та тих не використаних можливостях їх психолого-педагогічного вивчення і визначення шляхів допомоги їм, реалізації яких вимагає сьогодення.

Протягом тривалого часу основною і майже єдиною функцією ПМПК була констатація того чи іншого порушення психофізичного розвитку дитини та рекомендація відповідного спеціального навчального закладу для здобуття нею освіти. За цих умов предметом уваги консультації залишалося провідне порушення, яке визначало місце навчання дитини. Для вивчення супутніх порушень у консультацій, які ще донедавна працювали у режимі колишніх медико-педагогічних комісій, не залишалося ні часу, ні кадрових та методичних ресурсів.

За таких умов особливо обмеженими були, та й значною мірою залишаються досі, можливості консультації у позитивному розв’язанні проблем дітей, провідним чи уже виявленим супутнім порушенням розвитку яких є девіантна поведінка. Констатація того чи іншого розладу поведінки дитини головним чином відбувається на основі супроводжувальних документів, серед яких чи не найінформативнішою є психолого-педагогічна характеристика, надана навчальним закладом. Спостереження в умовах одноразового обмеженого в часі відвідання консультації за окремими винятками не розкриває справжньої картини порушень поведінки дитини, тим більше – факторів, що їх зумовлюють. Навіть діти з вираженою руховою гіперактивністю у специфічних умовах обстеження часто поведуться не типово. Тому можна стверджувати, що діти, які приходять до ПМПК з проблемою порушень поведінки, не отримують обґрунтованих висновків щодо причинової обумовленості їх стану, а отже і обґрунтованих рекомендацій щодо його корекції.

Іншою причиною не достатньої уваги консультацій до порушень поведінки

дітей є те, що її рекомендації обмежуються досі спеціальною навчальною програмою, за якою стоїть спеціальний навчальний заклад, а у кращому випадку – спеціальний клас у загальноосвітній школі. Тимчасом спеціальної корекційної програми, універсальної для різних порушень поведінки немає і бути не може. Тому консультація обмежується підтвердженням розладу, та й то здебільшого на основі заявлених скарг, і дитина без будь-якого плану роботи з нею повертається до того самого навчального закладу, звідки вона прийшла. Навчальний же заклад, а саме він у переважній більшості випадків порушує питання про обстеження дитини ПМПК, через нерозуміння стану дитини і можливих способів надання їй допомоги очікує певних кардинальних рішень, які не передбачають повернення її у ті самі умови навчання і виховання. Саме тому дитині з порушеннями поведінки не завжди виправдано рекомендують індивідуальне навчання в домашніх умовах чи у школі у позаурочний час. Відомо, що така форма навчання доцільна тільки у тих не дуже частих випадках, коли дитина через хворобливий стан неспроможна відвідувати класні заняття, або відхилення у її поведінці є такими, що становлять загрозу для інших дітей. Зрозуміло, що у цих умовах реалізація корекційних заходів залишається доволі проблематичною. Більше того, позбавлена класного колективу, дитина втрачає умови для подальшої соціальної адаптації. Таким чином, в умовах функціонування ПМПК, що склалися протягом десятиліть, діти з особливими освітніми потребами і розладами поведінки є тією категорією, яка має найменший шанс отримати дієву допомогу.

З тих пір, як ПМПК набули статусу окремих установ, а не комісій, що працювали періодично на громадських засадах, питання розширення і чіткого визначення їхніх функцій залишається актуальним, хоча в останні роки уже відбулося чимало змін на краще. Цьому особливо сприяло створення міських і районних ПМПК, а не тільки обласних, що зробило незрівнянно густішою їх мережу та забезпечило можливість більше приділяти уваги обстеженню кожної дитини, наданню їй, батькам та навчальним закладам різнобічної допомоги щодо її виховання, навчання і розвитку. Відтак реальнішим стало і вивчення девіацій у поведінці дітей та обґрунтування рекомендацій щодо їх корекції.

Сьогодні, коли у нашій країні відбувається апробація та впровадження різних форм інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у єдиній освітній системі, зокрема, інклюзивного навчання, ПМПК відіграє не тільки провідну роль у оцінюванні особливостей освітніх потреб дитини, але й у розробці рекомендацій щодо індивідуального плану її навчання та забезпечення оптимальних умов соціальної адаптації.

Наголосимо, що діти з особливими освітніми потребами є групою ризику щодо виникнення девіацій у їхній поведінці. Тому ПМПК не може стояти осторонь від цієї проблеми. Отже психолого-педагогічне вивчення дітей-відвідувачів ПМПК не повинно обмежуватися сферою пізнавальної діяльності, а поширюватися на виявлення порушень у формуванні особистості, їх причинового зв'язку з іншими порушеннями.

Зрозуміло, що різнобічне психолого-педагогічне вивчення пізнавальної діяльності та розвитку особистості дитини не можна здійснити в умовах одноразового, часто короткотривалого обстеження, яке за багато років функціонування ПМПК стало нормою. Проте сьогодні вона не задовольняє вимог практики надання допомоги дітям з особливими освітніми потребами, особливо в умовах інклюзивного навчання. Останнє вимагає від консультації рекомендацій, якісно глибших і ширших від тих, що даються зазвичай. Вони повинні стати основою для складання індивідуального плану педагогічної роботи з дитиною.

Розширені висновки та рекомендації ПМПК, на нашу думку, крім висновків про актуальний інтелектуальний розвиток і його потенційні можливості, які виявляються у навчуваності, про мовленнєвий розвиток, стан окремих психічних функцій та про рівень навчальних досягнень, повинні містити інформацію про систему емоційних ставлень дитини. Такими є: ставлення до навчальних успіхів і невдач, самооцінка та щільно пов'язане з нею позитивне чи негативне самоприйняття і рівень тривожності, стосунки у дитячому колективі та сім'ї.

Усі ці відомості можуть бути отриманими, насамперед, із психолого-педагогічної характеристики, складеної психологом та педагогом навчального закладу, у якому перебуває дитина. Зауважимо, що сьогодні психолого-

педагогічні характеристики часто складаються довільно і досить поверхово, без достатнього висвітлення психологічних особливостей дитини, які становлять інтерес для подальшого її вивчення у консультації. Очевидно, буде доцільним для поліпшення їх інформативності уніфікувати ряд аспектів вивчення дитини, що обов'язково у них висвітлюються. Складена таким чином психолого-педагогічна характеристика становить основу для визначення параметрів подальшого вивчення дитини у консультації. Ці відомості доповнюються висновками дитячого психоневролога про органічні передумови порушення інтелекту та поведінки, які, як правило, є у документах, представлених на консультацію.

У процесі первинного обстеження дитини у ПМПК з'ясовуються особливості її інтелектуального, зокрема, мовленнєвого розвитку та рівня навчальних досягнень. У цей час можуть виникати додаткові гіпотези про її стан та його зумовленість, а відтак і необхідність подальшого обстеження.

Діти, у яких фіксуються поведінкові проблеми, в окремий час обстежують ся психологом з девіантної поведінки. Потребує обговорення і апробації необхідність такого спеціального вивчення тих дітей, у яких не зафіксовано відповідних розладів. Принаймні потрібно мати на увазі можливість існування латентних чи не виявлених станів, які надалі перешкоджатимуть навчанню дитини та її особистісному розвитку.

Психолог з девіантної поведінки повинен мати спеціальну підготовку і володіти рядом методик вивчення особистості дитини та розладів її поведінки. Відповідні методичні матеріали повинні бути у консультації.

Наслідком підсумкового обговорення виявлених психологічних особливостей дитини та факторів, що їх зумовлюють, є складання рекомендацій для оптимальних умов її навчання і розвитку. Зрозуміло, що вони не можуть обмежуватися традиційною рекомендацією певної спеціальної навчальної програми, а відображати індивідуальні особливості інтелектуального розвитку, актуальних знань та рис особистості дитини, необхідних для побудови індивідуального плану подальшої різнобічної педагогічної роботи з нею.

Поглиблене вивчення дітей з особливими освітніми потребами у ПМПК

залишитися самоціллю, якщо батьки та педагоги залишаться не достатньо поінформованими про причини виникнення відхилень у поведінці дитини та не будуть залученими до їх подолання. Наголосимо, що часто запекла боротьба педагога з дитиною, поведінка якої не вкладається у загальноприйняті норми, ведеться через повне нерозуміння її стану та незнання способів їй допомогти. Тому потрібен зворотній зв'язок з навчальним закладом і батьками, який може здійснюватися через психолога, який відіграє важливу роль у реалізації рекомендацій консультації, взаємодіє з педагогами та сім'єю дитини.

Вивчення у ПМПК поведінкових розладів дітей з особливими освітніми потребами та обґрунтування педагогічних заходів щодо їх корекції є складним завданням, розв'язання якого потребує подальших науково-методичних і практичних пошуків.

Резюме

У статті розглядається проблема девіантної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами і функції психолого-медико-педагогічної консультації в її вивченні та корекції. Виокремлюються первинні і вторинні фактори відхилень у поведінці дітей названої категорії. Обговорюється модель взаємодії системи психолого-медико-педагогічна консультація – навчальний заклад у побудові програми надання допомоги дітям з девіантною поведінкою в умовах їх інклюзивного навчання.

Ключові слова: девіантна поведінка, психолого-медико-педагогічна консультація, діти з особливими освітніми потребами, інклюзивне навчання.

В статье рассматривается проблема девиантного поведения у детей с особыми образовательными потребностями и функции психолого-медико-педагогической консультации в его изучении и коррекции. Выделяются первичные и вторичные факторы отклонений в поведении детей указанной категории. Обсуждается модель взаимодействия системы психолого-медико-педагогическая консультация – учебное заведение в построении программы

оказания помощи детям с девиантным поведением в условиях их инклюзивного обучения.

Ключевые слова: девиантное поведение, психолого-медико-педагогическая консультация, дети с особыми учебными потребностями, инклюзивное обучение.

The article is dedicated to issues of deviant behavior in children with special educational needs, as well as functions of psychological, medical and educational counseling in study and correction of such behavior. Primary and secondary factors of deviations in behavior of children in this category are distinguished. Article reviews the model of interaction “Psychological, medical and educational counseling – Educational institution” in developing assistance program for children with deviant behavior in conditions of inclusive education.

Keywords: deviant behavior; psychological, medical and educational counseling; children with special educational needs; inclusive education.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство : Ч. 2 / А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 128 с.
2. Инклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : [практ. посіб.] / [Тім Лорман, Джоан Деппелер, Девід Харві ; пер. з англ. Т. Клекота]. – К. : СПД – ФО Парашин І.С., 2010. – 296 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / Леонгард Карл ; [пер. с нем. В. Лещинская]. – К. : Вища школа, 1981 – 392 с.
4. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки : [навч. посібник] / Н. Ю. Максимова. – К. : Либідь, 2011. – 520 с.